



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА КУРОРТІВ
ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І.ПИРОГОВА

ВІННИЦЬКА
ОБЛАСНА
КЛІНІЧНА
ЛІКАРНЯ
імені
М.І.ПИРОГОВА

СТАНДАРТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Матеріали науково-практичної конференції

Присвячено 80-річчю
кафедри внутрішньої медицини №1

Вінниця, 17-18 квітня 2014 р.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА КУРОРТІВ
ВІННИЦЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. М.І.ПИРОГОВА



Матеріали науково-практичної конференції

«Стандарти діагностики та лікування в клініці внутрішніх хвороб»

Присвячено 80-річчю кафедри внутрішньої медицини №1

17-18 квітня 2014 р.
м. Вінниця

В процесі лікування зафіксовано зменшення маси міокарду лівого шлуночка (ЛШ) в середньому на 15,3% ($p < 0,001$), розміру лівого передсердя (ЛП) на 6,8% ($p < 0,001$), кінцево-систоличного розміру на 21% ($p < 0,001$), кінцево-діастолічного розміру ЛШ – на 13,2% ($p < 0,001$), кінцево-систоличного об'єму на 20% ($p < 0,001$), кінцево-діастолічного об'єму на 13,4% ($p < 0,001$), збільшення фракції викиду на 8,7% ($p < 0,05$), покращення діастолічної функції міокарду.

Згідно даним опитника середній стан здоров'я оцінювався пацієнтами в 41 (90 - 75) бал до проведеної терапії та в 75 (40 - 90) балів по досягненні еутиреоїдного стану ($p < 0,001$). У 26 (84%) пацієнтів виявились проблеми з рухливістю, після лікування на наявність таких проблем вказували половина хворих. В результаті лікування кількість хворих, що відмічали скарги на болі (дискомфорт) скоротилась на 39% ($p < 0,001$), що переконливо свідчило про ефективність терапії. 29 (94%) пацієнтів відчували тривогу та депресію під час встановлення діагнозу ТТ, а 18 (58%) осіб продовжували відчувати важку депресію та тривогу після встановлення стійкого еутиреозу. В загальному відмічалась позитивна динаміка по всіх показниках стану здоров'я.

Висновки. АГ при ТТ носить вторинний характер та призводить до підвищення АТ до I-II ступеню, а при наявності ГХ ТТ обтяжує її, викликаючи комбіновану АІ до II-III ступеню та розвиток ГЛШ. Досягнення еутиреоїдного стану та нормалізація АІ і ЧСС сприяє зменшенню розмірів та порожнини серця, зникненню аритмії, покращенню систолічної та діастолічної функції у переважній більшості пацієнтів. Своєчасне та адекватне лікування навіть важких форм ТТ призводить до регресу АІ, тиреотоксичної кардіоміопатії та серцевої недостатності, значно покращуючи якість життя пацієнтів.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Яковлева О.О., Маслоїд Т.М., Побережець Г. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Частота гіпертонічної хвороби у хворих з хронічними обструктивними хворобами легень (ХОЗЛ) коливається в досить широкому діапазоні - від 6,8 до 76,3%, в середньому - 34,3%. Наявність латентного запального процесу при ХОЗЛ у осіб з підвищеним артеріальним тиском може викликати порушення регуляції судинного тону, формувати дисфункцію ендотелію і бути патогенетичним механізмом гіпертонічної хвороби. Біомаркерами системного запалення у пацієнтів з ХОЗЛ є показники фібриногену і лейкоцитів крові.

Матеріали та методи. В пульмонологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Вінниці було обстежено 82 пацієнта, із загостренням ХОЗЛ другої і третьої стадій, у віці від 35 до 65 років. Серед них було 14 жінок і 68 чоловіків. Хворих розділено на дві групи: перша - 40 пацієнтів з ХОЗЛ другої і третьої стадій з ускладненою легеневою гіпертензією, друга - 42 пацієнта з ХОЗЛ другої і третьої стадій, ускладненою легеневою гіпертензією і коморбідною з гіпертонічною хворобою другої стадії. Кожна група була розділена на дві підгрупи залежно від стадій ХОЗЛ. Оцінювали динаміку фібриногену периферичної крові в період загострення при госпіталізації в стаціонар.

Результати. У хворих першої групи фібриноген крові в середньому дорівнював

при ХОЗЛ другої стадії – $5,22 \pm 0,54$ г/л, а при ХОЗЛ третьої стадії – $6,48 \pm 0,33$ г/л; у хворих другої групи при ХОЗЛ другої стадії – $5,87 \pm 0,42$ г/л, а при ХОЗЛ третьої стадії – $6,86 \pm 0,87$ г/л. Було з'ясовано, що показник фібриногену збільшився в другій групі пацієнтів порівняно з першою при ХОЗЛ другої стадії на 12%, а при ХОЗЛ третьої стадії – на 23%.

Висновки. При прогресуванні та загостренні ХОЗЛ системний фібриноген крові підвищується, що в значній мірі обумовлено коморбідними станами.

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ

Яковлева О.О., Півторак К.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

В даний час ще не до кінця з'ясована роль ендотеліальної дисфункції, інсулінорезистентності, хронічного запалення та ожиріння у розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у осіб з ожирінням. Практичне значення ендотеліальної дисфункції полягає в розумінні порушення рівноваги між судинопротективними факторами та факторами агресії в судинах.

Мета дослідження – визначити ступінь взаємозв'язків між маркерами НАЖХП, ожиріння, ендотеліальної дисфункції та проявів атеросклерозу.

Матеріал та методи. Під нашим спостереженням знаходилось 136 хворих на НАЖХП. Обстежених хворих розподілили на дві групи: хворі НАЖХП з нормальною вагою (71), і хворі з надмірною масою тіла та ожирінням (65). Біохімічні показники крові: рівні амінотрансферази (АсАТ, АлАТ), гаммаглутамілтранспептидази, лужної фосфатази, білірубину, тимолову пробу, білковий спектр крові визначали за стандартними методиками. Вміст загального холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ) визначали на біохімічному аналізаторі. Визначали ендотеліальну та ендотеліальнезалежну вазодилатацію плечової артерії. Для діагностики інсулінорезистентності застосовували індекс НОМА. Досліджено рівень ендотеліну-1 (ЕТ-1) в плазмі венозної крові імуноферментним методом. Проводили вимірювання товщини комплексу інтима-медіа загальних сонних артерій.

Результати дослідження. Виявлений прямий кореляційний зв'язок середньої сили рівня інсуліну й індексу НОМА з ХС ($p < 0,05$), ХС ЛПНП ($p < 0,001$), ТГ ($p < 0,001$), зворотній кореляційний зв'язок – з концентрацією ХС ЛПВЩ. У хворих на НАЖХП спостерігалися достовірні порушення вуглеводного та ліпідного обміну, які залежали від інтенсивності стеатозу печінки. У групі хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням порівняно з контролем виявлено істотне підвищення вмісту ЕТ-1 у плазмі крові та достовірне зниження ендотеліальнезалежної вазодилатації плечової артерії.

Висновки. Ступінь ураження НАЖХП тісно взаємопов'язана з ранніми маркерами атеросклеротичного процесу: збільшенням товщини комплексу інтима-медіа загальних сонних артерій, рівнем Е-1, коефіцієнтом атерогенності, рівнем інсуліну, індексом НОМА, маркерами системного запалення. Окислені ХС ЛПНЩ є провідним фактором розвитку атеросклерозу. Хворі на НАЖХП вже на стадії клінічно не виражених симптомів мають високий ризик розвитку атеросклеротичного ураження судинної стінки артерій.

- Сербова В.Ю., Романова В.О.**
ВІСЬМОБИ ЯЗВОК ЛІНІЙНОГО СПЕКТРА КРОВІ ТА РІВНЯ С-РЕАКТИВНОГО
ПРОТЕЙНУ У ХВОРИХ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДИЄЮ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова 68
- Спишченко Ю.О., Ігнатенко Г.А., Родін Ю.В.**
АДОРМІЦІЯ ВЛАСТИВОСТІ СИРОВАТКИ КРОВІ ПРИ
АТЕРОСКЛЕРОЗІ КРУПНИХ АРТЕРІАЛЬНИХ СУДИН
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького 69
- Спишченко Н.О., Герасименко А.М., Бевзенко Т.Б., Паумович М.О.**
РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ СЕЧІ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТІ У ХВОРИХ
НА ГЕМОРАГІЧНИЙ ВАСКУЛІТ
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького 70
- Сміян С.І., Маховський В.П., Коморовський Р.Р.**
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ
З ПОЗИЦІЇ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ
ДВНЗ «ТДМУ ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль 71
- Сміян С.І., Франчук М.В., Маховська О.С., Слаба У.С., Зарудна О.І., Грималюк Н.В.**
ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ УРАЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ
ДВНЗ «ТДМУ ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» 72
- Сміян С.І., Соцілик О.В., Маховська О.С., Задорожна Л.В., Легка Л.І.**
ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ ПОДАГРОЮ
В ПОЄДНАННІ З ДИСЛІПІДЕМІЯМИ
ДВНЗ «ТДМУ ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль
КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня» 73
- Станіславчук М.А., Пархонюк В.П., Швень Л.В.**
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛЕЗІНУРАДУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПОДАГРОЮ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова 73
- Станіславчук М.А., Шкарівський Ю.І.**
КЛІНІКО-ПАТАГЕНЕТИЧНА ОСОБЛИВІСТЬ РЕСПІРАТОРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ
У ХВОРИХ ХОЗЛ В ПОЄДНАННІ З ГЕРХ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова 74
- Ташук В.К., Хребтій Г.І., Гигуляк О.М., Амеліна Т.М.**
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ
З ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці 75
- Томашкевич Г.І., Морозова О.І.***
ЗНАЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ ДЛЯ КООПЕРАТИВНОСТІ
ПАЦІЄНТА ТА ЛІКАРЯ
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова,
**Ліська клінічна лікарня № 1, м. Вінниця* 76
- Фомичова К.С., Ігнатенко К.Г., Лівенцова К.В., Левада І.М.**
ПЕЈДОТОКСИЧНІ АНТИТІЛА В КРОВІ ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ
ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького 77
- Хребтій Г.І., Глуха М.О., Глуха В.О.**
СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧНЕ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА,
ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВА ГЕМОДИНАМІКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ
ХВОРОБУ З СУПУТНЬОЮ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці 78

Чернюк Н.В. ІМУНОЦИТОГЕНЕТИЧНІ ТА МОРФОДЕНСИТОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ, ПОСІДНАНОГО З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ	78
<i>ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»</i>	
Чумак Ю.Ю., Победьонга Г.П. ДИНАМІКА ВМІСТУ ЕЙКОЗАНОЇДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ, ПОСІДНАНОЮ З ХРОНІЧНИМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ, НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ	80
<i>ДЗ «Луганський державний медичний університет»</i>	
Шершун С.В., Монастирський Ю.М. АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ У ВІСНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	80
<i>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова</i>	
Швец П.І., Гульчій М.В., Цимбалюк І.І. ВПЛИВ ПРЕДИКТОРІВ РАНЬОГО УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ТИРЕОТОКСИКОЗОМ	81
<i>Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ</i>	
Яковлева О.О., Маслоїд Т.М., Побережцєв Г.В. ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ ТА ГІПЕРТОПІЧНОЇ ХВОРОБИ	82
<i>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова</i>	
Яковлева О.О., Нівторак К.В. НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ	83
<i>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова</i>	
Яковленко А.Ю., Толстой Д.В., Новікова Ю.В., Гончар Г.А., Студіна Є.Д. СТАТЕВО-ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ	84
<i>Донецький національний медичний університет ім. М.Горького</i>	
Яцишин Р.І., Сухоребська М.Я., Сандурська Я.В. МАРКЕРИ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ОСТЕОАРТРОЗУ	85
<i>Івано-Франківський національний медичний університет</i>	
Яцишин Р.І., Витиванюк В.Ю., Скробач Н.В., Шаповал О.А. ІЛ-6 ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ФАКТОР ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ	86
<i>ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»</i>	
Яцишин Р.І., Попадинєць І.Р., Шаповал О.А. ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА У МОКРОТИННІ ЯК МАРКЕРА ЛОКАЛЬНОГО ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	86
<i>ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»</i>	
Яцишин Р.І., Герич П.Р. ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ІНТЕГРІВНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ПОСІДНАНОЇ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ	87
<i>ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»</i>	
Станіславчук М.А., Новоселецький В.О. СИЛА ЗГІНАЧІВ ТА РОЗГІНАЧІВ ГОМІЛКИ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ КОЛІННИХ СУЙ ЛОБІВ	88
<i>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова</i>	